

様式第2号(第6条関係)

医療機関受診証明書

申請者記入欄		ふりがな 氏名	生年月日
	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
	住所	〒 電話 ()	

上記の者について、次のとおり不育症治療を実施するとともに医療費を領収したことを証明します。

主治医記入欄	診 療 開 始 日	年 月 日	診断名	
	診 療 期 間	年 月 日から 年 月 日		
	治 療 理 由 *該当するものに丸を付け、カッコ内に詳細を記載して下さい。 1 免疫異常 () 2 内分泌異常 () 3 夫婦染色体異常 () 4 子宮の異常 () 5 その他 ()			
	年 月 日		主治医氏名	
医療機関記入欄	診療額	(1) 保険診療総点数 点・被保険者負担額		円
		(2) 保険診療適用外負担額		円
		(3) 受診者からの領収額 (1) + (2)		円
	医療機関の住所・氏名又は名称		年 月 日	
保険薬局記入欄	診療額	(1) 保険診療総点数 点・被保険者負担額		円
		(2) 保険診療適用外負担額		円
		(3) 受診者からの領収額 (1) + (2)		円
	保険薬局の住所・氏名又は名称		年 月 日	

*申請年度(4月1日から翌年3月31日)内の不育症治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。